

## De la précarité du travail émotionnel du care Les apports d'une philosophie morale féministe à l'analyse de la précarité au travail

Nina Sahraoui

*Émulations - Revue de sciences sociales*

2018, n° 28, « Précarité, précaires, précairet. Allers-retours internationaux ».

Article disponible à l'adresse suivante

---

<https://ojs.uclouvain.be/index.php/emulations/article/view/sahraoui>

Pour citer cet article

---

Nina Sahraoui, « De la précarité du travail émotionnel du care. Les apports d'une philosophie morale féministe à l'analyse de la précarité au travail », *Émulations*, n° 28, Mise en ligne le 20 février 2019.

DOI : 10.14428/emulations.028.03

Distribution électronique : Université catholique de Louvain (Belgique) : [ojs.uclouvain.be](https://ojs.uclouvain.be)

© Cet article est mis à disposition selon les termes de la Licence *Creative Commons Attribution, Pas d'Utilisation Commerciale 4.0 International*. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Éditeur : Émulations – Revue de sciences sociales / Presses universitaires de Louvain  
<https://ojs.uclouvain.be/index.php/emulations>

ISSN électronique : 1784-5734

# De la précarité du travail émotionnel du *care*

## Les apports d'une philosophie morale féministe à l'analyse de la précarité au travail

---

Nina Sahraoui<sup>1</sup>

**[Résumé]** Partant d'une analyse des expériences quotidiennes de travail de soignant-e-s racialisé-e-s employé-e-s dans le secteur privé des soins aux personnes âgées à Londres, Paris et Madrid, cet article avance que, pour comprendre la précarité vécue par les soignant-e-s au quotidien et éclairer les multiples vulnérabilités que leur travail engendre, il est nécessaire de repenser la précarité au travail non plus *à travers* mais *à partir* du genre. Les apports théoriques d'une philosophie morale féministe permettent ici de faire émerger une compréhension qualitativement genrée des expériences de travail au-delà des inégalités objectivées statistiquement selon le sexe. L'article aborde tout d'abord la non reconnaissance du travail physique et l'invisibilisation du travail émotionnel au travers de l'organisation du travail dans les structures de soins privées. Sont ensuite explorées les implications genrées de l'intensification du travail dans un contexte de privatisation croissante des soins aux personnes âgées. L'article s'attache enfin à faire apparaître comment ces précarités vécues au quotidien révèlent les inégalités genrées et racialisées sur lesquels repose la reproduction sociale des sociétés occidentales contemporaines. Les élaborations théoriques de cet article sont fondées sur l'analyse de 82 entretiens avec des soignant-e-s racialisé-e-s réalisés dans le cadre d'un travail doctoral.

**Mots-clés :** précarité, genre, travail émotionnel, *care*

**[Abstract]** From the perspective of the daily work experiences of racialised care workers employed in the older-age private care sector in London, Paris and Madrid, this article argues that to apprehend the lived precariousness of care workers, and shed light on the specific vulnerabilities engendered by their labour, it is necessary to achieve a gendered understanding of the notion of precariousness. The theoretical contributions of a feminist moral philosophy allow for qualitatively gendered understandings of precariousness to emerge, beyond the inequalities observed through statistical data. The article looks first into the non-recognition of the physical labour and the invisibilisation of the emotional labour of care workers through the study of the organisation of work within private care provision. The gendered implications of work intensification against the background of increasing care privatisation are equally explored. The article analyses finally how these daily experiences of precariousness reveal the gendered and racialised inequalities upon which the social reproduction of contemporary western societies rely. The theoretical elaborations in this article draw on the analysis of 82 interviews with racialised care workers conducted in the framework of a doctoral thesis.

**Keywords:** precarity, gender, emotional labour, *care*

---

<sup>1</sup> Institut universitaire européen, Florence, Italie.

## Introduction

L'articulation entre précarité et genre a souvent été abordée sous l'angle d'indicateurs quantifiables établissant que les femmes sur le marché du travail sont davantage exposées à des conditions d'emploi précaires, ce qui est objectivé par les statistiques des contrats à durée déterminée, des temps partiels ou encore des niveaux de salaire. Cet article s'éloigne de ces considérations pour repenser la précarité non plus *au travers de* mais *à partir du* genre en s'appuyant notamment sur les travaux de Judith Butler, Isabel Lorey et Joan Tronto.

Je fais référence à ces auteures comme piliers d'une philosophie morale féministe qui offre une épistémologie et un cadre théorique à même de révéler de nouvelles articulations entre genre et précarité. Leurs travaux permettent en effet d'interroger la précarité au travail au travers des corps et des émotions, questionnant ainsi les acceptions désincarnées des indicateurs classiques de la précarité. En conceptualisant la précarité comme une ontologie intrinsèquement corporelle et sociale, Butler (2016) insiste sur l'enchevêtrement de dimensions de la vie qui tendent à être perçues cognitivement de manière séparée – voire en opposition – par les paradigmes dominants. S'inspirant de ces théorisations, Lorey invite à penser les conséquences en matière d'économie politique de cette condition précaire partagée (Lorey, 2010). De cette dernière découlent les besoins universels d'attention et de soins – de *care* dans la littérature anglo-saxonne – nécessaires à la survie de corps individuels et à la reproduction de la société dans son ensemble. Tronto théorise, depuis les années 1980, le *care* comme élément central de la société, dont le caractère invisibilisé et marginalisé résulte de rapports de pouvoir et d'oppression, qui caractérisent les sociétés occidentales contemporaines. Une philosophie morale s'appuyant sur une interdépendance ontologique des êtres, et centrée en cela sur le *care*, déconstruit les hypothèses fondatrices d'une société néolibérale reposant sur une conception des individus comme autonomes, sans lien d'interdépendance. Cette « éthique féministe du care », que Tronto (2013) conceptualise, prolonge la notion d'une précarité fondamentale, partagée et indépassable telle que Butler l'a théorisée.

Partant d'une analyse des expériences quotidiennes de travail de soignantes racialisées<sup>2</sup> employées dans le secteur privé des soins aux personnes âgées à Londres, Paris et Madrid, j'aborde dans cet article le *care* comme un travail incarné et relationnel, mettant en exergue le rôle central du travail émotionnel dont nous devons les premières conceptualisations à Arlie Hochschild (2003 [1983]). La catégorie des soignantes racialisées regroupe ici femmes et hommes en situation de migration, ainsi que des personnes racialisées non migrantes, employées comme aides-soignantes,

---

<sup>2</sup> Cette notion fait référence aux processus sociaux de racialisation, cf. Guillaumin, 2002 [1972] ; Miles, 1993 ; Gilroy, 2002 [1987].

auxiliaires de vie ou aides médico-psychologiques<sup>3</sup>. L'argument central de l'article pose que, pour comprendre la précarité vécue par les soignantes au quotidien et éclairer les multiples vulnérabilités que leur travail engendre, il est nécessaire de repenser la précarité au travail à partir de la notion de précarité ontologique. Une approche qualitative de la notion de précarité au niveau empirique – analysée à la lumière des apports théoriques d'une philosophie morale féministe – permet ici de faire émerger une compréhension qualitativement genrée des expériences de travail. Au-delà des inégalités objectivées statistiquement selon le sexe, il s'agit ainsi d'adopter une méthodologie féministe (Smith, 2005) reconnaissant la pertinence épistémologique du vécu quotidien des « premières concernées ». Dans cette perspective, il s'agit de comprendre les formes spécifiques de la précarité au travail grâce à une analyse des tâches quotidiennes, ce qui permet de révéler les invisibilisations genrées qui opèrent à de multiples niveaux. Les élaborations théoriques de cet article sont fondées sur l'analyse de données empiriques collectées dans le cadre de mon travail doctoral, soit 82 entretiens réalisés avec des soignant·e·s racialisé·e·s, en majorité des femmes travaillant dans le secteur privé de l'aide aux personnes âgées, pour la plupart au sein de maisons de retraite médicalisées, à Londres, Paris et Madrid.

La première partie étudie la non-reconnaissance du travail physique et l'invisibilisation du travail émotionnel au travers de l'organisation des activités dans les structures de soins. Dans une seconde partie, j'aborde la privatisation croissante des soins aux personnes âgées et les implications genrées de l'émergence d'une nouvelle économie politique du *care*. Enfin, la troisième partie s'attache à faire apparaître comment ces précarités vécues au quotidien révèlent les inégalités genrées et racialisées sur lesquelles repose la reproduction sociale dans un contexte de marchandisation et de privatisation du *care*.

## **1. Du travail physique et émotionnel du *care***

### **1.1. Une précarité incarnée : l'usure des corps**

Le travail de *care* repose paradoxalement sur des stéréotypes contradictoires. Construit socialement comme un travail léger et *soft*, et ne nécessitant aucune expertise particulière, le travail de soins aux personnes âgées requiert un travail physique intense. Les corps des soignant·e·s doivent au quotidien soulever, tourner, porter, retenir. Leur travail physique vient répondre aux vulnérabilités des corps dont elles prennent soin, les soignant·e·s sont en cela exposé·e·s de manière particulière à la précarité ontologique de la vie. L'intensité du travail physique que ces activités engendrent pose nécessairement la question de l'usure des corps des soignant·e·s, de la protection de leur santé et *in fine*, de la reproduction de la force de travail, un point

---

<sup>3</sup> Le pluriel est accordé au féminin étant donné que la majorité des personnes interrogées sont des femmes, reflétant ainsi la féminisation du secteur du *care*.

abordé dans la troisième partie de cet article. Les propositions théoriques de Tronto (2013) permettent ici d'interroger la distribution des responsabilités de *care* depuis une perspective féministe de la démocratie. La délégation des soins aux personnes âgées à une force de travail féminisée et racialisée, qui se retrouve enclavée sur un marché du travail fortement segmenté, constitue probablement le modèle le plus distant d'une distribution équilibrée des responsabilités de *care* au sein de la société. Le quotidien décrit ci-dessous par Naomi à Madrid et par Fouzia à Paris a été largement partagé par les autres soignant·e·s rencontré·e·s.

Parfois on sent que les corps n'en peuvent plus, pas seulement moi, c'est pareil pour mes collègues. Tous les jours c'est pareil, c'est porter beaucoup de poids parce que les personnes âgées pèsent aussi, on doit les soulever car certains sont au lit, des personnes qui sont alitées et que nous devons prendre en charge complètement. Donc il y a un moment quand tout ça, ça s'accumule et on le garde en nous, le corps aussi en souffre et à certains moments on dit « ça y'est, pas plus ». (Naomi, 37, Colombie, Madrid<sup>4</sup>)

Ça me fait mal au dos quand je la porte, bon il y a une façon aussi de la porter, mais c'est mon travail, il est comme ça. Mais des fois je calcule même pas que j'ai mal au dos, tellement j'ai vraiment envie de l'aider pour qu'elle se lève à manger, voyez, ça c'est de l'amour. Moi je trouve que c'est de l'amour. C'est faire plaisir à quelqu'un, c'est de l'amour. (Fouzia, 43, Algérie, Paris)

Le travail de soins aux personnes âgées, tout particulièrement dans des structures de soins de longue durée, suppose un travail des corps de jour comme de nuit, un travail physique peu reconnu au sein de l'institution et peu visible en dehors de celle-ci du fait des stéréotypes genrés qui gouvernent les soins. Les mots de Fouzia révèlent néanmoins une autre dimension du travail de soins, indissociable du travail physique, celui du travail émotionnel. Si les dos souffrent de lumbago et que les tendons lâchent, comme en témoignent les expériences des soignantes rencontrées dans ces trois capitales, ces maux ne sauraient être réduits à leur dimension physique. Il s'agit ainsi de considérer l'imbrication du travail émotionnel et physique dans l'étude de la précarité au travail : le fait d'exprimer une douleur, « j'ai mal au dos » et dans un même temps, un ressenti qui ne peut en être détaché, « j'ai vraiment envie de l'aider ».

---

<sup>4</sup> Les extraits d'entretiens sont suivis par le pseudonyme, l'âge, le pays d'origine et le lieu de travail au moment de l'entretien.

## 1.2. Une précarité genrée : l'invisibilisation du travail émotionnel

Les expériences narrées par les soignant·e·s mettent en lumière comment les émotions sont à la fois subies et mobilisées au quotidien ; elles font ainsi apparaître comment le travail émotionnel apporte soutien et dignité d'une part, tout en se révélant source de souffrance et de vulnérabilité d'autre part. L'analyse du travail émotionnel dans les soins à partir des récits des soignant·e·s permet d'identifier plusieurs formes de précarité genrée. Il ne m'est pas possible d'aborder ici toutes les facettes du travail émotionnel du *care*, l'invisibilisation de ce dernier est donc illustrée par deux thématiques : celle des sentiments d'attachement en regard de « l'interchangeabilité » des travailleurs supposée par l'organisation du travail en contexte résidentiel, et celle des sentiments de responsabilité.

Si la notion d'amour a été interrogée dans les études sur le *care* (Kittay, 1999 ; Folbre, 2012 ; Rodriguez, 2014), il est important de souligner que la précarité du travail de *care* dans le contexte des soins aux personnes âgées suppose aussi la fragilité des liens entre les personnes impliquées dans une relation de soins et de prise en charge. Le travail émotionnel est situé dans un maillage de perceptions, d'émotions et de sentiments. Or, l'organisation du travail dans un contexte de rationalisation des coûts suppose l'interchangeabilité des soignant·e·s. L'expérience de Doriane, employée dans une maison de retraite parisienne, illustre cette tension. Affectée par la mort d'une résidente, Doriane semble ressentir un sentiment de culpabilité, suite à une interruption dans la relation de soins peu de temps avant le décès :

Elle aimait que je passais du temps avec elle, que je prenais du temps pour faire sa toilette elle me le disait et tout et tout, et quand elle a commencé à décliner, l'aide-soignante m'a dit c'est pas ton rôle, tu nous la laisses, donc je l'ai laissée et elle est morte quelque temps après.

(Doriane, 59, Guadeloupe, Paris)

Être confrontée dans son travail quotidien à la précarité de la vie (Perez Orozco, 2014), c'est être en permanence en proie à des émotions intenses et devoir accomplir un travail émotionnel difficile. Cette tension spécifique se voit ainsi exacerbée par l'invisibilisation qui affecte le travail émotionnel investi par les soignant·e·s. Ce ressenti est par ailleurs indissociable des perceptions en termes de responsabilité. L'expression « prendre en charge » recouvre cette notion de responsabilité et les mots des soignant·e·s éclairent en quoi la précarité du travail est ici genrée. L'histoire racontée par Aimée révèle comment les responsabilités quotidiennes ressenties et assumées par les soignant·e·s sont niées par les structures au sein desquelles elles travaillent.

Je me suis rendue compte, même la direction ne connaissait pas les résidents des unités protégées, elle connaissait pas... et quand elle a fugué la dame, au bout de 30, excusez moi... (pleurs) 30 minutes je l'ai cherchée, je leur ai dit, elle est partie, elle est pas là. C'est ça qui a fait mal,

ils n'ont pas écouté, je leur ai dit, je la connais ça fait une demie heure  
cette dame n'est plus ici, plus dans la résidence. [...] Ils m'ont pas écouté.  
(Aimée, 44, Guinée, Paris)

Aimée, lors de la fugue d'une résidente, ne disposait d'aucun moyen pour contacter la directrice directement depuis son service et se voyait contrainte de passer par le standard. Si les mots d'Aimée étaient entrecoupés de pleurs alors qu'elle se remémorait cette journée, le ton de sa voix et ses gestes semblaient également transmettre un sentiment de colère et de frustration, celui de ne pas avoir été entendue, celui de ne devenir visible aux yeux de la directrice que pour être blâmée (comme rapportée par Aimée dans la suite de l'entretien), celui de s'être retrouvée isolée et sans voix face à la hiérarchie managériale. Les formes employées par les soignant·e·s pour mettre en mots la responsabilité ressentie et assumée, en dépit de l'absence de reconnaissance matérielle ou symbolique de celle-ci, peuvent être reconnues et conceptualisées au travers de la place centrale accordée à la question de la responsabilité au sein de l'éthique du *care* (Tronto, 2013).

Au quotidien, ces responsabilités sont ainsi passées sous silence et les compétences développées par les soignant·e·s ne sont reconnues ni par les institutions au sein desquelles elles travaillent, ni au sein de la société. Le travail des soignant·e·s à Londres était par exemple évalué à l'aide de protocoles référençant 101 points dont 3 seulement se rapportaient aux interactions avec les résidents, tous les autres portant sur des éléments médicaux et techniques (Warmington *et al.*, 2014). Si la professionnalisation peut permettre une amélioration relative des conditions d'emploi en ce qui concerne des éléments objectivés, comme le niveau de salaire ou les perspectives d'avancement professionnel, une forme de précarité genrée est néanmoins perpétuée quand la professionnalisation reproduit une construction genrée de la notion de compétence. Ces mécanismes genrés opèrent au travers de la valorisation des tâches techniques, quantifiables et objectivables, au détriment du travail émotionnel, personnalisé et subjectif. Seule une valorisation professionnelle du travail émotionnel, reconnue dans l'organisation des soins et les mécanismes d'évaluation, peut contribuer à une reconnaissance des compétences exercées par les soignant·e·s au quotidien.

De plus, les processus de marchandisation du travail de *care* en introduisant ces activités dans la sphère productive marchande pourraient *a priori* conduire à une certaine mise en lumière d'un travail que le maintien dans la sphère dite privée laissait dans l'ombre. Or, ces processus ne conduisent pas à une revalorisation du *care* et du travail émotionnel ; au contraire, ils sont façonnés par les hiérarchies genrées et racialisées que le marché institutionnalise, reproduit et exacerbe (Tronto, 2013 ; Perez Orozco, 2014). La section suivante s'attache à aborder de manière plus spécifique les implications de la privatisation, des économies d'échelles réalisées par les compagnies et, *in fine*, d'une forme d'industrialisation du *care*.

## **2. De l'industrialisation du travail de *care* : l'exacerbation de la précarité au quotidien**

### **2.1. Intensification du travail dans un contexte de gestion néolibérale du *care***

Les processus de marchandisation du secteur des soins aux personnes âgées sont guidés par la poursuite d'une réduction des coûts (Simonazzi, 2009), renforçant la pression à la baisse sur les coûts de personnel (Williams, 2014). L'analyse de l'organisation du travail met en évidence comment la gestion néolibérale dans le secteur privé des maisons de retraite favorise une intensification du travail qui participe de la précarisation du travail de *care* au quotidien. Cette intensification repose sur un préalable morcellement du soin (Molinier, 2013), une division en tâches répétitives sur le modèle de la production industrielle de biens manufacturés. Sur le terrain, cette pression impacte l'organisation du travail et en conséquence le travail physique et émotionnel des soignant·e·s. Luc exprime ainsi l'impossible compression continue du temps en contexte de soins :

C'est du travail à la chaîne. Et en temps normal, on doit utiliser du matériel, par exemple pour faire un transfert du lit au fauteuil du résident. Le temps qu'on va... le temps de débrancher l'appareil, d'aller chercher l'appareil, mettre tout ce qu'il faut, ça met énormément de temps.[...] Il y en a beaucoup qui démissionnent parce que, on n'a pas le temps, on n'a pas le temps d'utiliser tout ce qu'il faut pour chaque résident. Par exemple une personne, voilà, on a une demi-heure on fait 3 résidents, une demi-heure, [...] on est obligé de faire rapidement, voilà un transfert, on peut se casser le dos. Ça arrive, c'est comme ça. On a une pression. Parce qu'on a une demi-heure pour faire. En fait, à midi, ils doivent être à tel endroit, si à midi ils ne sont pas, pour la Direction, nous on n'a pas fait notre boulot. C'est comme ça que ça fonctionne. [...] Le travail à la chaîne, comme les usines. Malheureusement. (Luc, 25, Cameroun, Paris)

Les questions que soulèvent les soignant·e·s à partir de leur vécu quotidien – de la réduction du temps imparti pour doucher une personne aux conversations rendues impossibles – illustrent la tension identifiée par Tronto (2013) en contexte de gestion néolibérale du *care* : comment assurer une plus grande efficacité et gagner en productivité quand passer du temps est précisément le cœur même de l'activité ? Si les ethnographies du travail du *care* ont beaucoup contribué aux réflexions menées par les philosophes féministes qui introduisent le *care* pour penser la justice, la démocratie ou encore la responsabilité, les ouvrages ayant tissé ces liens entre l'empirique et le théorique sont peu nombreux. Dans un ouvrage collectif, Rianne Mahon et Fiona Robinson (2011) proposent un premier rapprochement en réunissant une collection de



chapitres présentant à la fois des cas d'étude empiriques de l'économie politique du *care* et des écrits théoriques s'inscrivant dans le courant d'une philosophie morale féministe. Comme notent ces auteures, ces champs de recherche se sont développés au cours des dernières décennies bien plus en parallèle qu'en conversation. La monographie de Pascale Molinier, *Le travail du care*, qui fait suite à l'introduction des écrits féministes anglo-saxons autour de la notion de *care* dans le monde académique francophone (Molinier, Laugier, Paperman, 2009 ; Gilligan, Hochschild, Tronto, 2013), constitue ainsi un rare exemple d'étude empirique menée depuis des espaces de soins en dialogue théorique avec les développements de la philosophie morale féministe.

Ces conversations transatlantiques et les rapprochements entre théorie et empirie réalisés dans ce contexte sont essentiels pour éclairer des dimensions de la précarisation tues dans les formes objectivées de l'étude de la précarité. Les entretiens réalisés démontrent que le travail émotionnel permet, entre autres, de construire une perception positive de son identité professionnelle au travers d'un discours sur l'éthique quotidienne du *care* reposant sur la figure de soignant·e dédié·e au résident/patient, « une forme de résistance contre la souffrance au travail » selon les mots de Molinier (2013 : 151). Mike, originaire du Nigeria, insiste :

Je sens qu'avec le travail de soignant je suis en mesure d'aider les moins privilégiés, en prenant soin d'eux j'atteins mes objectifs. Car je veux contribuer, j'étais un membre de la Croix Rouge pendant 35 ans dans mon pays, nous faisons des activités humanitaires. [...] J'ai cette mentalité, prendre soin des personnes cela m'apporte de la joie.

Les récits des soignant·e·s montrent comment la réduction du temps disponible pour les soins fragilise les ressources que le travail émotionnel peut comporter. En détériorant les conditions de travail et en rendant par là même la réalisation de soins de qualité impossible, ce que le travail émotionnel pouvait comporter de valorisant, pour soi-même et pour les autres, par exemple au travers de la présentation de soi que cela facilitait en contexte d'entretien, est affaibli. La vignette de Saba ci-dessous illustre comment le travail émotionnel est façonné par l'organisation du temps de travail.

Elle aime souvent qu'on reste assise à côté, sur le bord de son lit. Donc je reste parfois avec elle. Quand je m'occupe d'elle, hein. Et je l'écoute parler. Ou bien elle me regarde tout simplement, on dit on est bien là. Et c'est vrai, ça fait du bien. Même si on ne parle pas, ça me repose aussi. Et puis, ça lui fait du bien. Elle a le sourire. Et ben je profite de ce sourire et puis après bon ben je peux lui accorder que cinq minutes de plus parce qu'après les soins il y a le repas. (Saba, 41, Cameroun, Paris)

Gérer le temps des soins, être confronté à une augmentation des rythmes, devoir accélérer les gestes... Au quotidien, ce sont les soignant·e·s qui sont en première ligne dans un contexte de réduction des moyens financiers, de coupes budgétaires et autres restructurations. L'étude de la précarisation du travail ne peut en cela faire l'impasse sur les implications spécifiques des processus de marchandisation et de privatisation

sur le travail émotionnel. Or, à la fois dans le contexte d'une relation marchande et d'une relation d'emploi triangulaire employeur/résident/soignant, la position des salarié·e·s du *care* se trouve fragilisée.

## **2.2. Le travail émotionnel salarié ou le positionnement précaire des soignant·e·s-employé·e·s**

Le travail émotionnel que le soin aux personnes âgées implique comporte une autre forme de précarité genrée. Les perceptions de leurs conditions de travail par les soignant·e·s révèlent que le travail de soins tend à être perçu comme entrant en contradiction avec les luttes pour l'amélioration des conditions de travail. La relation triangulaire employeur-soignant-résident place les soignant·e·s devant un dilemme : comment se faire entendre par l'employeur sans porter préjudice aux personnes prises en charge ? Si ce dilemme affecte les métiers soignants quel que soit le contexte d'emploi, mes recherches soulignent que cette tension se trouve exacerbée dans le secteur privé. Dans un contexte de contrats précaires et de faible présence des syndicats, la position fragilisée du/de la soignant·e vis-à-vis de son employeur limite d'autant plus les possibilités d'engagement et de revendications. Les outils classiques des luttes sociales comme la grève supposent de pénaliser, dans un premier temps du moins, les personnes prises en charge. Le travail émotionnel décrit plus haut constitue dans ce contexte une entrave à l'expression de revendications, car celles-ci peuvent être perçues comme mettant à mal la responsabilité des soignant·e·s envers les résidents. Élodie, en poste dans une maison de retraite privée, et ayant décidé de s'engager dans un syndicat, évoque ici les résistances qu'elle a rencontrées lorsqu'elle a souhaité mobiliser ses collègues :

Je suis syndiquée mais je revendique pas, j'ai pas de drapeaux, je vous empêche pas de vous occuper des personnes âgées... voilà. Ça n'a rien à voir. Il y a des endroits où on peut faire grève mais dans les hôpitaux et les maisons de retraite on peut pas, déjà le nombre de personnels est limité et tout. Mais il y a des trucs à faire passer. (Élodie, 52, Guadeloupe, Paris)

L'immédiateté du soin place les soignant·e·s en porte-à-faux, les amenant à devoir mettre en balance les besoins des personnes dont elles ont la charge, et les gains potentiels mais futurs qui pourraient être obtenus grâce à une mobilisation sociale. Par ailleurs, la précarité de l'emploi, celle objectivée par les indicateurs statistiques, ainsi que l'individualisation des parcours et des salaires entre soignant·e·s de même niveau de diplôme, limitent les possibilités de mobilisations collectives. Dans ce contexte, le travail émotionnel se trouve pris en otage : accompli par les soignant·e·s mais structurellement marginalisé, il est difficilement revendiqué puisque l'engagement public suppose précisément de pouvoir se dégager de cette immédiateté dictée par la précarité. Les implications d'une gestion néolibérale du *care* en matière

d'intensification du travail et de fragilisation du statut de soignant·e viennent éclairer certains des mécanismes au travers desquels la dévalorisation du travail émotionnel est perpétuée et les activités de *care* continuent d'être marginalisées au sein de la société.

### **3. De la reproduction sociale sur fond de marchandisation et de privatisation du *care***

#### **3.1. Des travailleuses du *care* devenues les bras de l'industrialisation du soin**

En partant de la question de savoir « qui assume les coûts de la reproduction sociale des travailleurs et travailleuses migrant·e·s<sup>5</sup> ? », il apparaît que ces coûts sont externalisés. Pour répondre aux exigences de leur insertion aux marges d'un marché du travail segmenté et inégalitaire, les travailleur·rs·ses migrant·e·s sont pour la plupart contraint·e·s de dédier leur existence à l'emploi salarié qui vient justifier, *in fine*, leur présence même sur le territoire au regard des régimes d'emploi et de migration, la perte de leur emploi mettant en danger leur possibilité de rester. Les travaux de Bridget Anderson mettent en exergue comment les régimes migratoires au « Nord » reposent sur la figure du migrant unité de travail, sans attache, dont les « coûts de production » ont été couverts par un autre pays et dont les « coûts de reproduction » ne concernent ni l'employeur ni l'État d'accueil (Anderson, 2000 : 108). Parmi les soignant·e·s que j'ai rencontré·e·s, la moitié des personnes interrogées à Londres, quatre sur dix à Paris et un tiers à Madrid, n'avait pas de responsabilités de *care* envers des parents ou des enfants. En ce qui concerne les soignant·e·s racialisé·e·s ayant de telles responsabilités en dehors de leur emploi, les formes de prises en charge décrites révèlent la précarité de leur statut au sein de la société (horaires opposés de travail des parents, enfants restés au pays, etc.) ; celles-ci ne permettant pas une organisation de la vie familiale à l'image du modèle d'un certain équilibre « emploi-vie de famille » dominant au sein des sociétés dans lesquelles elles résident. Les processus d'industrialisation des soins aux personnes âgées reposent ainsi sur la figure du travailleur migrant variable d'ajustement, des bras sans existence sociale. La segmentation du marché du travail, c'est donc également une distribution inégalitaire de l'accès à un certain équilibre « vie privée/vie professionnelle », dont les classes moyennes et bourgeoises bénéficient précisément du fait de cette distribution inégalitaire des responsabilités de *care*. Le roulement d'Alma, combiné à celui de son mari qui travaille dans la même maison de retraite, lui permet d'éviter d'avoir à payer les coûts exorbitants que suppose la garde d'enfants à Londres où les dispositifs publics sont insuffisants ; ces sacrifices ne lui permettent pas toutefois de mener une vie de

---

<sup>5</sup> Cette recherche inclut des personnes migrantes et non migrantes racialisées, ce point de l'analyse concerne plus particulièrement les personnes migrantes.

famille du fait des rythmes de travail alternés avec son mari et de l'intensité de son travail quotidien :

Ma (fille) plus âgée va à l'école toute seule car elle a déjà 7 ans, donc si je travaille et que mon mari est ici aussi, travaille ici la nuit, je dois amener ma fille ici (la plus jeune) et il l'emmène à l'école. Mais quand je ne travaille pas ça va, je peux l'amener à l'école. Mais si on travaille tous les deux, là... et aussi tu sais quand je rentre fatiguée du travail j'ai pas le temps de lire pour elles, de leur apprendre quelque chose et c'est frustrant pour moi aussi. (Alma, 41, Philippines, Londres)

De plus, les analyses en termes de « chaînes globales de *care* » (Hochschild, 2000 ; Parreñas, 2001 ; Yeates, 2009) ont mis en évidence la dimension transnationale des responsabilités de *care*. Parmi les soignant·e·s rencontré·e·s à Madrid, un tiers avait à charge des parents ou des enfants restés au pays. Quel que soit leur secteur d'emploi, les transferts financiers des migrant·e·s à leurs familles exercent une pression financière qui participe de la fragilisation de leur position sur le marché du travail. C'était par exemple le cas de Victoria pendant plusieurs années, avant qu'elle ne réussisse à faire venir ses enfants auprès d'elle :

Tu vois pendant que mes enfants étaient là-bas j'envoyais de l'argent à leur père, à mes sœurs, parce que mon fils est resté avec ma sœur et mes filles sont restées avec leur père. Donc moi j'envoyais de l'argent d'ici pour qu'ils continuent à les aider, pour qu'ils les éduquent, pour qu'ils continuent l'école, le collège, tout ça. Jusqu'à ce que je les fasse venir. (Victoria, 54, Équateur, Madrid)

La division internationale du travail de reproduction des sociétés (Parreñas, 2000) s'appuie ainsi sur les inégalités globales afin de maintenir au plus bas les coûts liés à la reproduction sociale (Kofman, Raghuram, 2015), un point approfondi dans les paragraphes suivants.

### **3.2. Une précarité genrée comme symptôme de la division internationale du travail de reproduction sociale**

Être attentif à la division internationale du travail de reproduction sociale qui se nourrit des inégalités croisées de genre, classe et racialisation, participe pleinement de l'étude de la précarité à partir du genre. Ces modalités de distribution des responsabilités de *care* reposent sur le déni d'une précarité ontologique et des interdépendances fondamentales sous-tendant la reproduction sociale. Penser le *care* dans cette perspective permet ainsi de faire émerger, en miroir, la non-viabilité d'une économie politique qui présuppose la disponibilité à temps plein des personnes pour des emplois dits productifs. Dans le contexte de la généralisation du modèle de la famille nucléaire à deux revenus, le temps disponible pour les activités domestiques de *care* a été considérablement réduit. La réponse néolibérale à ces nouveaux besoins a été

la marchandisation et la privatisation de ces « services », des phénomènes qui se développent à des rythmes différents au Royaume-Uni, en France et en Espagne mais qui, sans aucun doute, constituent les tendances lourdes de l'organisation sociale du *care* au début du XXI<sup>e</sup> siècle. La dépendance croissante des sociétés occidentales sur une migration genrée et racialisée pour assurer leur reproduction sociale révèle le rôle fonctionnel et structurel que remplit cette migration. Cela constitue néanmoins « a private solution to a public problem » comme le formule Arlie Hochschild qui insiste dans son ouvrage sur la continuité historique – et coloniale – de l'extraction des ressources du « Sud » par le « Nord » : « Today as love and care become the “new gold”, the female part of the story has grown in prominence » (2003 : 194).

En somme, les soignant·e·s migrant·e·s se retrouvent à l'intersection d'une double externalisation des coûts de la reproduction sociale des sociétés du « Nord » : d'une part elles-ils viennent composer une part significative (dans le cas des capitales européennes étudiées ici, la large majorité<sup>6</sup>) de la force de travail employée dans le secteur du *care* et, d'autre part, leurs propres besoins ne peuvent être couverts du fait de leur statut légal et d'emploi précaire. Les soignant·e·s étant considéré·e·s administrativement comme « peu qualifié·e·s », la précarité de leur emploi perpétue la précarité de leur statut administratif. La non-reconnaissance par les politiques migratoires des besoins en main-d'œuvre des sociétés européennes vieillissantes vient justifier des restrictions substantielles en termes de droits (permis de résidence temporaires et conditionnés par l'emploi, conditions socio-économiques de plus en plus difficilement atteignables pour bénéficier de manière effective du droit à la réunification familiale, etc.). Cela dit, ce que je cherche à démontrer ici n'est pas tant l'intersection de différentes formes de précarité pour les soignant·e·s migrant·e·s – documentée par de nombreuses études (Cangiano *et al.*, 2014) – que les apports d'une analyse en termes de reproduction sociale à partir de propositions philosophiques féministes.

### **En guise de conclusion : repenser le travail précaire à la lumière d'une précarité ontologique théorisée par l'éthique féministe du *care***

Les mots des soignant·e·s cités ici ne permettent pas seulement de percevoir l'invisibilisation structurelle du *care* dans nos sociétés, ils questionnent plus profondément l'ontologie néolibérale d'une société composée d'individus autonomes.

---

<sup>6</sup> De nombreuses études quantitatives établissent ce fait (cf. Cangiano *et al.*, 2009 ; Alberola *et al.*, 2011 ; Rodriguez Rodriguez, 2012). Dans cette recherche qualitative les femmes racialisées représentaient systématiquement la majorité des soignantes au sein de toutes les institutions visitées.

Conceptualiser le *care* comme une relation ancrée dans cette précarité ontologique, tel que proposé par une éthique féministe et démocratique du *care* (Tronto, 2013), permet de montrer en quoi les soignant·e·s racialisé·e·s y sont davantage exposées. Or, c'est précisément la non-reconnaissance de cette précarité ontologique qui empêche de penser la société à partir de l'interdépendance (Butler, 2004 ; Lorey, 2015) et de la distribution des responsabilités de *care* (Tronto, 2013). Je me suis attachée dans cet article à montrer qu'une conceptualisation de la précarité à partir du genre participait de l'effort collectif déployé en vue d'une révolution épistémologique de cet ordre.

Ainsi, être attentif à la précarité à partir du genre ne peut faire l'impasse sur l'économie politique du *care*, et ce, au-delà de l'étude des secteurs relatifs aux soins. Si le présent cas d'étude éclaire à partir d'un point d'entrée spécifique les rapports de pouvoir sous-jacents à une distribution genrée et racialisée des responsabilités de *care*, ces tensions traversent tous les secteurs du marché du travail et toutes les dimensions de la vie. Fruit des inégalités étudiées ici, d'autres travailleurs et travailleuses sont à même de se conformer aux attentes du marché néolibéral en se présentant comme des agents autonomes. Les processus de marchandisation et de privatisation du *care*, nourris des inégalités globales, permettent un contournement de la question des responsabilités alors qu'en parallèle les temps du *care* et de la reproduction sociale continuent d'être niés. Or, la notion de précarité ontologique offre les outils cognitifs nécessaires à la mise en cause de l'illusion d'autonomie des individus et des corps sur laquelle repose l'idéologie néolibérale en mettant en évidence ce qui a été négligé, marginalisé et tu, afin de construire cette représentation. Les expériences concrètes des soignant·e·s racialisé·e·s reflètent en cela la contradiction capital-*care* théorisée par Nancy Fraser (2016).

Les points développés servent ainsi un argument principal : un changement de paradigme est nécessaire pour considérer les causes du travail précaire, dans le secteur des soins aux personnes âgées mais aussi au-delà. Faire l'économie de penser la précarité à partir du genre revient à protéger la reproduction des structures d'inégalités de l'économie politique actuelle du *care*. La philosophie morale féministe autour d'une éthique du *care* présentée dans cet article invite à étudier les activités de *care* à de multiples niveaux d'analyse – dans des perspectives théoriques et empiriques – tout en pensant la place du *care* dans les sociétés occidentales.

## Bibliographie

- ALBEROLA E., GILLES L., TITH F. (2011), *Les services à la personne : un levier d'insertion pour les publics éloignés de l'emploi ?*, Paris, Crédoc.
- ANDERSON B. (2000), *Doing the dirty work? The global politics of domestic labour*, Londres, Palgrave Macmillan.

- BUTLER J. (2004), *Precarious life. The powers of mourning and violence*, Londres, Verso.
- BUTLER J. (2016), *Frames of war. When is life grievable?*, Londres, Verso.
- CANGIANO A., SHUTES I., SPENCER S., LEESON G. (2009), *Migrant care workers in ageing societies. Report on research findings in the United Kingdom*, Oxford, Compas.
- FOLBRE N. (2012), *For love and money. Care provision in the United States*, New York, Russell Sage Foundation.
- FRASER N. (2016), « Contradictions of capital and care », *New Left Review*, vol. 100, p. 99-117.
- GILLIGAN C., HOCHSCHILD A. R., TRONTO J. C. (2013), *Contre l'indifférence des privilégiés. À quoi sert le care (édité par Pascale Molinier et Patricia Paperman)*, Paris, Payot.
- GILROY P. (2002 [1987]), *There ain't no black in the Union Jack*. Londres, Routledge.
- GUILLAUMIN C. (2002 [1972]), *L'idéologie raciste*, Paris, Gallimard.
- HOCHSCHILD A. R. (2003 [1983]), *The managed heart. Commercialization of human feeling*, Berkeley, University of California Press.
- HOCHSCHILD A. R. (2000), « Global care chains and emotional surplus value », in A. GIDDENS, W. HUTTON (dir.), *On the edge: living with global capitalism*, Londres, Jonathan Cape, p. 130-146.
- KITTA E. F. (1999), *Love's labour: essay on women, equality, and dependency*, New York, Routledge.
- KOFMAN E., RAGHURAM P. (2015), *Gendered migrations and global social reproduction*, Londres, Palgrave Macmillan.
- LOREY I. (2015), *State of insecurity. Government of the precarious*, Londres, Verso.
- LOREY I. (2010), « Becoming common: precarization as political constituting », *E-flux*, n° 17. En ligne, consulté la dernière fois le 4 octobre 2018. URL : <http://www.e-flux.com/journal/17/67385/becoming-common-precarization-as-political-constituting/>.
- MAHON R., ROBINSON F. (dir.) (2011), *Feminist ethics and social policy: towards a new global political economy of care*, Vancouver, UBC Press.
- MILES R. (1993), *Racism after 'race relations'*, Londres, Routledge.
- MOLINIER P. (2013), *Le travail du care*, Paris, La Dispute/Snédit.
- MOLINIER P., LAUGIER S., PAPERMAN P. (2009), *Qu'est ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*, Paris, Éditions Payot & Rivages.
- PARREÑAS R. (2000), « Migrant Filipina domestic workers and the international division of reproductive labor », *Gender & Society*, vol. 14, n° 4, p. 560-580.

- PARREÑAS R. (2001), *Servants of globalization*, Standford, Stanford University Press.
- PÉREZ OROZCO A. (2014), *Subversion feminista de la economía. Aportes para un debate sobre el conflicto capital-vida*, Madrid, Traficantes de sueños.
- RODRIGUEZ RODRIGUEZ V. (dir) (2012), *Inmigración y cuidados de mayores en la Comunidad de Madrid*, Bilbao, Fundacion BBVA.
- RODRIGUEZ J. (2014), *Labors of love: nursing homes and the structures of care work*, New York, New York University Press.
- SIMONAZZI A. (2009), « Care regimes and national employment models », *Cambridge Journal of Economics*, vol. 33, n° 2, p. 211-232.
- SMITH D. E. (2005), *Institutional ethnography: a sociology for people*, Oxford, Altamira Press.
- TRONTO J. C. (2013), *Caring democracy. Markets, equality, and justice*, New York, New York University Press.
- WARMINGTON J., AFRIDI A., FOREMAN W. (2014), *Is excessive paperwork in care homes undermining care for older people?*, York, Joseph Rowntree Foundation. En ligne, consulté la dernière fois le 7 octobre 2018. URL : <https://www.jrf.org.uk/report/excessive-paperwork-care-homes-undermining-care-older-people>.
- WILLIAMS F. (2014), « Making connections across the transnational political economy of care », in B. ANDERSON, I. SHUTES (dir.), *Migration and care labour theory, policy and politics*, Londres, Palgrave Macmillan.
- YEATES N. (2009), *Globalizing care economies and migrant workers: explorations in global care chains*, Londres, Palgrave Macmillan.